

l'intestin presse sur l'anneau crural, c'est, d'ordinaire, le point le moins résistant qui cède : aussi la hernie crurale sort-elle, dans l'immense majorité des cas, par cette portion de l'anneau crural que Thompson appelait loge lymphatique. Les exceptions à cette règle sont tellement rares qu'on peut, en vérité, n'en pas tenir compte dans la pratique. La hernie crurale a donc son collet en rapport : en avant, avec l'arcade crurale ; en arrière, avec le ligament de Cooper et le muscle pectiné ; en dedans, avec le bord tranchant du ligament de Gimbernat ; en dehors, avec la veine fémorale. J'insiste sur ce fait que la paroi veineuse est immédiatement contiguë à la paroi du sac. Ce dernier rapport résume ce qu'il y a de plus important à connaître, au point de vue pratique, dans la région qui nous occupe. Il ressort aussi des rapports précédents que le collet de la hernie est en contact en dedans avec un arc fibreux bien disposé pour produire l'étranglement, et je ne mets pas en doute, pour mon compte, que le plus souvent cet accident soit déterminé par le ligament de Gimbernat, lorsqu'il ne reconnaît pas pour cause le collet du sac.

*Rapports de l'anneau crural.* — L'anneau crural est fermé, ou, si l'on veut, recouvert par plusieurs couches qui sont, d'arrière en avant : 1° le péritoine ; 2° une couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale ; 3° une lamelle fibreuse provenant de la condensation de la partie la plus extérieure de ce tissu sous-péritonéal, le fascia propria d'A. Cooper ; 4° une seconde lamelle fibreuse, tout à fait spéciale à la région, découverte par Cloquet et décrite par cet auteur sous le nom de *septum crurale*.

Regardez les figures 220 et 221, voyez la portion de l'anneau crural située en dedans de la veine et occupée par un ganglion lymphatique : le *septum crurale* ferme cet espace ; c'est un plan fibro-celluleux indépendant qui lui sert en quelque sorte de couvercle ; il se fixe en dedans sur le ligament de Gimbernat et en dehors sur la paroi interne de la veine, avec laquelle il se confond.

Le *septum crurale* est traversé par les lymphatiques, qui se portent de la cuisse dans la fosse iliaque.

Il résulte de cette disposition que, lorsque l'intestin s'engage par l'anneau crural, il repousse devant lui les quatre couches que je viens d'indiquer : on doit donc théoriquement les rencontrer dans la kélotomie ou dans la cure radicale. Je dis théoriquement, car, en réalité, ces couches sont le plus souvent condensées, distendues ou éraillées, en sorte qu'on ne saurait les distinguer, et le sac est parfois presque sous-cutané. Des notions précises sur le nombre des couches qu'il faut traverser avant d'arriver sur l'intestin sont donc impossibles à acquérir avec les données de l'anatomie normale, car, d'une part, ces couches varient individuellement, et, d'autre part, elles sont profondément modifiées par l'état pathologique. Ce qu'il importe par-dessus tout de ne point oublier dans l'opération de la hernie crurale étranglée, ce sont les rapports du collet du sac avec l'anneau.

Le *septum crurale* est d'habitude repoussé en même temps que le péritoine et fait partie des enveloppes de la hernie, mais il présente parfois des éraillures à travers lesquelles le sac s'engage, en sorte qu'il pourrait, à la rigueur, devenir un agent d'étranglement.

En avant, l'anneau crural est en rapport avec l'arcade crurale, qui en forme le bord antérieur. Cette arcade constitue la paroi inférieure du canal inguinal,